DU

SARCÔME DE L'UTÉRUS.

ÉTUDE CLINIQUE

par

ADRIEN ROGIVUE
de St. Saphorin (Canton de Vaud).

DISSERTATION INAUGURALE

présentée à la Faculté de médecine de Zurich et agréée par cette Faculté
sur le rapport de M. le professeur Frankenhæuser.



ZURICH
Imprimerie Zurcher & Furrer
1876.

DU

SARCÔME DE L'UTÉRUS.

ÉTUDE CLINIQUE

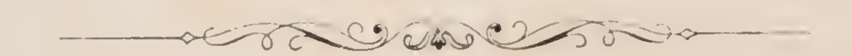
par

ADRIEN ROGIVUE

de St. Saphorin (Canton de Vaud).

DISSERTATION INAUGURALE

présentée à la Faculté de médecine de Zurich et agréée par cette Faculté sur le rapport de M. le professeur Frankenhæuser.



ZURICH

Imprimerie Zurcher & Furrer

1876.

A

M. le professeur Dr. Frankenhæuser,

professeur d'obstétrique et de gynécologie,

Son élève reconnaissant.

Dans le courant des derniers semestres, plusieurs cas typiques de sarcômes de l'utérus ont été démontrés à la clinique gynécologique de Zurich, entr'autres une forme ulcérative non encore décrite. M. le professeur *Frankenhæuser*, mettant en outre à notre disposition une série d'observations analogues de sa pratique privée, nous engagea à entreprendre une étude comparative de ces nouveaux cas d'une affection en somme assez rare avec ceux qui sont déjà connus.

Nos conclusions ne diffèrent pas sensiblement de celles de nos prédécesseurs. Néanmoins nous n'hésitons pas à les publier, dans l'idée que le tableau clinique de toute affection est d'autant plus fidèle que le nombre d'observations dont il est déduit est plus considérable.

D'ailleurs, comme nous venons de le dire, nous avons eu l'occasion d'examiner une forme encore peu connue de développement du néoplasme sarcomateux.

Enfin le fait que le sarcôme de l'utérus n'a pas encore reçu le droit de bourgeoisie dans les traités de gynécologie français nous y engage tout particulièrement.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier ici notreexcellent maître, M. le professeur *Frankenhæuser*, de l'appui bienveillant qu'il nous a prêté dans ce travail.

Sans les conseils de sa riche expérience nous serions certainement restés encore plus au-dessous de notre tâche.

Zurich, février 1876.

Introduction.

Il n'y a certainement jamais eu dans tout le domaine de l'anatomie pathologique de sujet plus controversé que le sarcôme; jamais groupe de tumeurs n'a donné lieu et pendant si longtemps à pareilles divergences d'opinions à propos de sa détermination et de sa délimitation anatomiques.

De tout temps on en a parlé; le nom lui-même, que nous trouvons déjà dans la bouche de *Galien*, date de l'époque la plus reculée. Mais jusqu'à l'application méthodique du microscope aux sciences médicales, la plus grande confusion a régné dans cette question.

C'est le mérite de *Virchow* de l'avoir éclaircie et d'avoir enfin assigné au sarcôme sa place définitive et légitime dans la pathologie des tumeurs. Dans le 2e volume de son *Onkologie* [1]), tout en faisant ressortir le peu de dispositions des muqueuses en général à la production de ce tissu morbide, il ne manque pas de signaler son développement dans l'utérus.

Si nous consultons la littérature avant lui, nous trouvons bien quelques rares observations de *fongus* ou *polypes sarcomateux* de l'utérus; ainsi dans *Astruc* [2]), dans *Boivin et Dugès* [3]), dans *Colombat de l'Isère* [4]), et quelques autres auteurs du commencement du siècle. Mais ces descriptions sont trop vagues, trop incomplètes pour que nous puissions en tenir compte; impossible d'y démêler ce qui n'est que carcinôme de ce qui pour-

---

[1]) Page 350.

[2]) Traité des maladies des femmes. Paris 1761. Tome III, p. 270.

[3]) Traité des maladies de l'utérus. Bruxelles 1834. Tome I, p. 204 et 214.

[4]) Traité des maladies des femmes. Paris 1838. Tome II, p. 778.

rait se rapprocher des sarcômes. La tumeur *fibro-plastique* décrite par *Lebert* dans sa *Physiologie pathologique*[1]) est déjà plus utilisable: elle appartient incontestablement aux tumeurs dont nous allons nous occuper. —

Après *Virchow* vint *West*[2]) (1850, 2 cas), qui sous le nom de *recurring fibroids* décrivit des tumeurs répondant tout-à-fait à notre conception actuelle du sarcôme; puis *C.*[3]) *et L. Mayer*[4]) (1856, 6 cas), *Langenbeck*[5]) (1860), *Glaeser*[6]) (1862), *Hardy*[7]), *Ahlfeld*[8]) et *Veit*[9]) (3 cas). Mais en somme la littérature des sarcômes de l'utérus reste pauvre jusqu'en 1870; il manque absolument un tableau clinique défini du néoplasme.

Les publications classiques de *Gusserow*[10]) (4 cas) et de *Hegar*[11]) (9 cas) vinrent largement combler cette lacune. S'appuyant sur une série d'observations nouvelles, ces auteurs proclamèrent la nécessité de ranger à part sous le nom de *sarcômes* une catégorie de tumeurs de l'utérus qui, vu de réelles analogies morphologiques et symptomatologiques, étaient décrites tantôt avec les fibroïdes, tantôt avec les carcinômes et cancroïdes, quoiqu'elles s'écartassent manifestement des uns et des autres soit par leur marche, soit surtout par leur structure microscopique.

Une fois en possession de données positives, les cliniciens vouèrent une attention toute spéciale à ce sujet, et maintenant

---

1) Tome II, p. 154.

2) Lehrb. d. Frauenkrankheiten, übersetzt v. Langenbeck. Gœttingen 1860. S. 385.

3) Monatsschrift f. Geb. Bd. XIII, S. 179.

4) Ibid. Bd. XVII, S. 186.

5) Ibid. Bd. XV, S. 173.

6) Virchow's Arch. Bd. XXVIII, S. 422.

7) Dublin. Journ. May 1864.

8) Wagner's Arch. 1867. S. 560.

9) Lehrb. d. Frauenkrankheiten. S. 413.

10) Arch. f. Gyn. 1870. Bd. I, S. 240.

11) Arch. f. Gyn. 1870. Bd, II, S. 29.

grâces aux contributions de *Winkel* [1]) (2 cas), *Rabl-Rückhard* [2]) (1872), *Schroeder* [3]) (2 cas), *Chrobak* [4]) (2 cas), *Müller* [5]), *Spiegelberg* [6]) (2 cas), *Kunert* [7]) (6 cas), *Grenser* [8]), *Leopold* [9]) (1873), *Ahlfeld* [10]) et *Fehling* [11]) (1874) la gynécologie compte une conquête de plus.

---

1) Arch. f. Gyn. Bd. III, S. 297.
2) Berl. Beitr. z. Geb. Bd. I, S. 79.
3) Lehrb. d. Gyn. S. 289.
4) Arch. f. Gyn. Bd. IV, S. 549.
5) « « « Bd. VI, S. 126.
6) « « « Bd. IV, S. 344 u. 351.
7) Ueb. Sarkoma uteri. Diss. in. Breslau. 1873.
8) Arch. f. Gyn. Bd. VI, S. 501.
9) « « « Bd. VI, S. 493.
10) « « « Bd. VII, S. 301.
11) « « « Bd. VII, S. 531.

Anatomie pathologique.

Le sarcôme de l'utérus se présente sous deux formes assez nettement séparables soit au point de vue anatomo-pathologique, soit au point de vue clinique. Nous distinguerons: le *sarcôme de la muqueuse* et le *sarcôme interstitiel.*

A. Le *sarcôme de la muqueuse*, de beaucoup la forme la plus fréquente, a été jusqu'à ces dernières années généralement confondu avec des productions cancéreuses ou simplement hyperplastiques. Nous allons essayer d'en bien préciser les caractères.

Le néoplasme prend naissance dans le tissu conjonctif sous-muqueux soit de la cavité utérine, soit aussi, mais moins fréquemment, de la cavité du col, le tissu musculaire restant longtemps intact. Par suite d'une prolifération luxuriante des éléments cellulaires il se développe à la surface des masses villeuses, lobulées, très friables, de la consistance d'un placenta. Elles acquièrent très vite un volume énorme et ne trouvant plus de place dans la cavité utérine dilatent le col, apparaissent à l'orifice externe, envahissent le vagin, et même comme dans le cas cité par Ahlfeld[1]) s'étendent jusqu'aux parties génitales externes. Elles offrent un aspect encéphaloïde ou pulpeux généralement bien accusé; leur couleur est grise ou blanc grisâtre plus ou moins translucide, souvent aussi rougeâtre.

D'autres fois il s'agit plustôt de tumeurs pédiculées, de vrais polypes sarcomateux de consistance molle, à surface mamelonnée, sans cela assez analogues aux polypes fibreux.

---

[1]) Wagner's Arch. 1867. S. 560.

Enfin nous rencontrons dans des cas très rares une forme que nous appellerons ulcérative. La muqueuse est le siége d'une infiltration diffuse. Mais ce tissu morbide est peu stable; il a une tendance très-marquée à la destruction moléculaire, ce qui favorise la formation d'ulcérations étendues de la surface rugueuse desquelles bourgeonnent sans cesse de nouvelles végétations. Celles-ci subissant le même sort, l'ulcère se creuse, s'agrandit, et par une marche que l'on pourrait comparer à celle du *lupus* mène à un amincissement notable des parois, à une dilatation croissante de la cavité cervicale. Jusqu'ici en effet cette forme n'a été observée qu'au col et seulement 2 fois. Notre observation n^0 XI en est un type parfait.

B. Sarcôme interstitiel.

Son développement, nous dit *Schroeder*[1]), paraît lié à la présence d'un fibrôme, myôme ou polype fibreux; du moins il résulterait fréquemment d'une dégénérescence sarcomateuse des dites tumeurs, sans que nous soyions en état de dire quoi que ce soit sur les conditions dans lesquelles elle se produirait. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

La formation de sarcômes interstitiels primaires est néanmoins hors de doute.

Leur siége ordinaire est le corps de l'utérus et plus particulièrement la paroi postérieure. On connaît cependant quelques cas épars de sarcômes interstitiels du col. Dans l'une comme dans l'autre de ces régions ils se présentent isolés ou multiples, tantôt sous la forme de tumeurs rondes ou cylindriques assez nettement circonscrites, à large base, à surface unie ou mamelonnée, prenant le plus souvent leur point de départ dans le tissu conjonctif sous-muqueux et interstitiel, et proéminant plus ou moins dans le cavum; tantôt, mais plus rarement, sous la forme de tumeurs pédiculées, auquel cas il s'agit au dire de *Schroeder* presque toujours de la transformation sarcomateuse

---

[1]) Loc. cit. S. 289.

d'un polype fibreux. D'autres fois le développement se fait exclusivement du côté de la cavité abdominale, la tumeur est franchement sous-péritonéale.

Sur une coupe fraîche les sarcômes interstitiels offrent un aspect homogène, finement grenu. La consistance en est variable; tendre jusqu'à donner au toucher l'impression de la fluctuation dans les cas de sarcôme interstitiel primaire, elle devient dure, élastique, lorsqu'il s'agit d'un fibrôme ou myôme dégénéré, mais sans jamais atteindre la densité des tumeurs fibreuses proprement dites. Comme nous le verrons plus tard, la tumeur peut par métamorphose régressive prendre tous les caractères physiques d'un kyste.

Leur couleur, qui dépend naturellement de la vascularité plus ou moins prononcée de la tumeur, est de même peu constante, le plus ordinairement d'un jaune tirant légèrement sur le rouge, ou d'un rouge couleur de chair. A cette coloration s'ajoute une teinte blanchâtre lactescente, lorsque la tumeur est plus fibreuse par places.

La plupart du temps il s'agit de tumeurs ne dépassant pas la grosseur du poing; mais comme ces sarcômes interstitiels ont une moins grande tendance à la destruction moléculaire, ils atteignent parfois des dimensions colossales.

Si l'accroissement est rapide, et s'il se produit simultanément de tous les côtés, il peut arriver qu'outre la tumeur qui a envahi la cavité utérine en refoulant la muqueuse on en trouve une seconde qui, ayant traversé la paroi de la matrice par infection progressive ou simplement par écartement des faisceaux musculaires, soulève la séreuse et se développe dans l'abdomen dans des proportions variables, occupant tantôt l'espace de Douglas seulement, tantôt toute l'excavation pelvienne, ou même s'étendant jusqu'à la région lombaire [1]) en contractant de nombreuses adhérences. Dans le cas rapporté par *Gusserow* après la formation d'adhérences avec les parois abdominales,

---

[1]) Cas de West I et de Gusserow I.

il y eut ulcération et perforation à l'extérieur. Dans les observations de *West*[1]) et de *Virchow*[2]) la tumeur comprenait à peu près les $^2/_3$ de la cavité abdominale; dans celles *d'Ahlfeld*[3]) et de *L. Mayer*[4]) enfin l'utérus envahi progressivement dans toutes ses couches et ayant complétement perdu sa cavité remplissait tout le petit bassin, comme une masse homogène molasse.

L'utérus présente ordinairement des altérations importantes; les unes consistent en de simples changements de rapports et de formes dûs à l'action mécanique de la tumeur, tels que flexions[5]), versions, dislocations de divers degrés[6]), inversions même[7]), enfin dans la grande majorité des cas dilatation de sa cavité. Les autres sont des modifications essentielles de sa structure, hypertrophie de tout l'organe, inflammation chronique des parties encore saines de la muqueuse, modifications ayant une corrélation intime avec le développement du néoplasme, et qui peuvent, suivant les cas, être considérées comme la conséquence de sa production, ou comme l'ayant précédée et préparée.

Il est clair qu'il y a plus d'une transition entre les 2 formes générales dont nous venons d'esquisser les traits principaux. Etablir une classification absolue en anatomie pathologique est chose impossible, surtout en matière de tumeurs. Là où il y a tumeur on trouve souvent une infiltration plus ou moins étendue de la muqueuse, et inversément il y a tôt ou tard formation de nodosités et d'excroissances là où l'on n'observait primitivement qu'un épaississement des

---

1) Loc. cit. p. 387.

2) Die krankhaften Geschwülste. Bd. III, S. 204. — Cas I.

3) Wagner's Arch. 1867. S. 560.

4) Mon. f. Geb. Bd. XVII, S. 186.

5) Winkel II, Spiegelberg I, V; Leopold I, Prof. Frankenhæuser III.

6) Virchow I, II; Fehling I; Prof. Frankenhæuser XII.

7) Langenbeck I, Spiegelberg II.

couches superficielles. Une fois d'ailleurs que la tumeur a atteint un certain volume, il est difficile de reconnaître avec sûreté son point de départ.

Pour une description détaillée des éléments microscopiques des sarcômes de l'utérus nous renvoyons à l'étude des sarcômes en général; nous voulons seulement indiquer la fréquence comparative des différentes espèces.

Le *sarcôme encephaloïde* est la forme la plus commune: sur 65 cas nous la trouvons 32 fois; puis viennent les combinaisons du sarcôme encéphaloïde et du sarcôme fasciculé (10 cas); et enfin le *sarcôme fasciculé* pur, qui est assez rare (5 ou 6 cas).

Quoique en thèse générale le sarcôme encéphaloïde représente la forme la plus molle, on ne peut étant donné une tumeur déduire infailliblement la structure microscopique de la consistance; celle-ci est en effet donnée par d'autres facteurs encore que par la prédominance de tels ou tels éléments cellulaires. Ainsi il pourra arriver qu'un sarcôme encéphaloïde interstitiel reste stationnaire avant d'avoir refoulé et atrophié dans une mesure notable la paroi utérine dans laquelle il a son siége; à travers celle-ci il offrira probablement au toucher une résistance pareille à celle d'un sarcôme fasciculé déjà arrivé à la surface.

La vascularité de la tumeur elle aussi influe sur sa consistance. Les sarcômes de l'utérus présentent ordinairement une circulation très active. Des vaisseaux volumineux les parcourent tant à la périphérie que dans la profondeur; les plus considérables seuls ont des parois propres, aussi remarquons-nous çà et là un système nettement lacunaire. C'est là un point essentiel, parce que, joint à la disposition générale bien connue des éléments, il caractérise les sarcômes, et parce qu'il nous explique la facilité des ruptures vasculaires, des épanchements et la formation des kystes sanguins observés quelquefois dans ces tumeurs. Dans les cas I de *Virchow*, I d'*Ahlfeld* et IX de *Hegar* nous trouvons une si grande richesse en

vaisseaux que nous sommes autorisés à établir une variété sous le nom de *sarcoma telangiectodes*.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous rencontrons dans certains sarcômes une structure si essentiellement fibreuse que nous sommes obligés de penser à des néoplasmes d'emblée mixtes et à des formes dégénératives: *fibrosarcômes*, *myosarcômes*. Les observateurs les plus autorisés, *Rokitansky*[1]) en tête et encore tout récemment *Gerhard Leopold*[2]), accordent la possibilité de cette métamorphose. *Virchow*[3]) même va plus loin, puisqu'il fait naître *tout* sarcôme d'une tumeur homologue, fibrôme ou myôme, par une production active de cellules débordant et faisant peu à peu disparaître la substance fibreuse fondamentale.

A vrai dire nous ne doutons pas que le nombre d'observations s'accumulant il n'ait modifié cette opinion que nous avons empruntée à un de ses premiers travaux d'anatomie pathologique.

Rindfleisch[4]) au contraire considère les fibrômes comme le dernier degré d'organisation des sarcômes, le sarcôme fasciculé étant le degré intermédiaire.

Mais notre travail étant conçu à un point de vue essentiellement clinique, nous n'avons pas à examiner de plus près cette question de théorie. Nous nous bornons à constater la possibilité de cette métaplasie sarcomateuse. De nos 13 cas un seul[5]) nous autorise à l'admettre; tous les autres se présentent comme des néoplasmes primaires.

Enfin il nous reste à parler du mélange d'éléments sarcomateux et carcinomateux, positivement constaté par *Hegar*[6])

---

[1]) Lehrb. d. path. Anat. 1861. Bd. III, S. 485.

[2]) Loc. cit. p. 493.

[3]) Mon. f. Geb. Bd. XIII, S. 184.

[4]) Lehrb. d. path. Anat. S. 113.

[5]) Prof. Frankenhæuser V.

[6]) Cas IX.

et *Rabl-Rückhard* [1]). *Gusserow* aussi [2]) rapporte un cas, où le diagnostic *adenoma uteri* eût été plus juste au point de vue anatomo-pathologique, si forte était la prédominance des éléments épithéliaux dans ce néoplasme. M. le prof. *Frankenhæuser* a eu l'occasion de revoir cette malade et d'opérer sa récidive. Selon ses prévisions l'examen microscopique révéla un adénôme typique; la consistance était beaucoup trop coriace pour un sarcôme.

Il est de fait que dans le sein surtout, mais aussi dans l'utérus, les sarcômes s'accompagnent parfois de la prolifération des culs-de-sac glandulaires. Cette variété a reçu de *Rokitansky* le nom de *sarcoma adenoïdes*, ou *kysto-sarcoma adenoïdes*, parce que par une succession de transformations il peut se former dans la tumeur une quantité de petits kystes remplis d'un liquide séreux. Malgré ces caractères si différents ces tumeurs compliquées se rattachent incontestablement au genre sarcôme, en ce sens que les tumeurs résultant d'une récidive contiennent de moins en moins de culs-de-sac glandulaires et que les tumeurs secondaires n'en renferment jamais [3]).

Ayant épuisé la série des variétés histologiques que présentent les sarcômes de l'utérus, nous avons encore à parler du sort ultérieur de ces tumeurs, et en particulier des métamorphoses régressives qu'ils subissent tôt ou tard.

L'ulcération et la désagrégation moléculaire par ramollissement sont des accidents constants, d'un côté parce que c'est la prérogative de tout néoplasme malin et de l'autre parce que les causes déterminantes ne manquent pas: hypérémie, frottements contre les parois utérines, compression exercée par celles-ci, etc. Sous ces influences diverses la tumeur se désorganise, il s'en détache constamment des masses plus ou moins considérables, tandis que d'un autre côté cette nécrobiose donne

---

1) Loc. cit.

2) Cas III.

3) *Cornil et Ranvier.* Manuel d'histologie pathologique. Paris 1869. Tome I, p. 128.

lieu, ainsi que nous le verrons dans la symptomatologie, à des hémorrhagies et à des écoulements persistants.

Une putréfaction complète ne se produit cependant qu'exceptionnellement; les formes molles y sont de fait plus disposées.

Le pédicule d'un polype sarcomateux se rompt quelquefois soit spontanément, soit sous l'influence d'une ulcération profonde, la tumeur alors devenue libre dans la cavité utérine excite des contractions et finit par être expulsée.

Enfin citons pour en finir avec la question anatomo-pathologique les métamorphoses régressives possibles: la transformation muqueuse et la dégénérescence graisseuse, qui toutes deux aboutissent à la destruction des cellules et à la formation de cavités plus ou moins vastes remplies d'une matière transparente gélatiniforme [1]). Quelquefois ce contenu est un simple transsudat; d'autres fois il est purement sanguin [2]). Si ces cavités occupent la plus grande partie de la tumeur on parle de *cystosarcômes*.

---

[1]) Virchow I, II; Fehling I.

[2]) Prof. Frankenhæuser V.

Etiologie.

Pour le sarcôme pas plus que pour tout autre néoplasme il ne peut être question de données précises en fait de pathogénie; on en est réduit à de pures probabilités. Le plus sûr est, comme toujours dans cette question, de dresser une statistique aussi exacte que possible des cas observés par rapport à l'âge des malades, à leurs conditions sexuelles, à leur état de santé antérieur, surtout au point de vue des organes génitaux.

Voici le résultat de nos recherches dans cette direction.

Tandis que par sa structure histologique l'utérus semble offrir un terrain peu propice à la production d'éléments sarcomateux [1]), il paraît acquérir cette disposition avec l'âge.

En effet si l'on a observé chez des enfants des tumeurs sarcomateuses des ovaires et du vagin, l'apparition avant la puberté d'un sarcôme de l'utérus lui même n'a pas encore été notée; et pour les époques ultérieures la chose se comporte comme suit:

Sur 56 de nos cas pour lesquels l'âge de la patiente est indiqué, nous trouvons

avant 20	ans	2	cas
de 20 à 29	„	3	„
de 30 à 39	„	14	„
de 40 à 49	„	21	„
de 50 à 59	„	14	„
et au delà de 60	„	2	„

---

[1]) *Virchow's* Onkologie. Bd. II, S. 350.

La moyenne serait ainsi 41—42 ans. Cet âge ne peut cependant pas être considéré comme tout particulièrement menacé. En effet si le nombre d'observations concernant des malades entre 50—60 ans est moindre, cela tient à ce que la proportion d'individus de cet âge encore en vie est plus faible. D'après une ancienne statistique de mortalité de *Baumann* et *Süssmilch* les quantités d'individus vivants âgés de 45, 55 et 65 ans sont entr'elles comme les nombres 10, 7 et 4, ce qui correspond assez exactement à la série précédente [1]).

D'après ce relevé statistique le maximum de fréquence du sarcôme de l'utérus tomberait donc sur la fin de la période d'activité sexuelle de la femme, dans le *stadium decrementi* de ses organes génitaux.

Une preuve assez positive: pas une de nos 65 malades n'est indiquée comme ayant conçu depuis le commencement de la maladie, et cela est d'autant plus frappant que comme nous le verrons dans l'étude des symptômes il y en a, chez lesquelles le néoplasme se développe sans réagir sensiblement sur la santé générale. On nous objectera que la plupart des tumeurs de l'utérus entraînent fatalement la stérilité. Rien n'est plus vrai; mais le nombre des cas connus où une grossesse est venue compliquer un fibroïde ou un cancer est néanmoins assez grand pour qu'il nous soit permis de nous étonner de la stérilité absolue des femmes atteintes de sarcôme et de l'expliquer plutôt par l'âge des malades.

Donnons encore les tableaux de fréquence des fibroïdes et du carcinôme dressés par *Schrœder* [2]) et par *Gusserow* [3]).

Schrœder ajoutant ses observations de fibroïdes à celles de *Chiari*, *West* constate:

---

[1]) Kunert, loc. cit. p. 19.

[2]) Loc. cit. p. 211.

[3]) Ueber Carcinoma uteri. N° 18 der Volkmann'sch. Sammlg. Klin. Vorträge, S. 8.

Entre	20	et	30	ans	33	cas
„	30	„	40	„	54	„
„	40	„	50	„	62	„
„	50	„	60	„	19	„
„	60	„	70	„	0	„
„	70	„	74	„	1	„

et *Gusserow* trouve 526 cas de carcinômes répartis comme suit:

Entre	20	et	30	ans	12	cas
„	30	„	40	„	161	„
„	40	„	50	„	217	„
„	50	„	60	„	102	„
„	60	„	70	„	38	„
Au delà		de	70	„	5	„

Comparons ces chiffres avec notre tabelle pour les sarcômes, nous constatons une différence capitale d'avec les fibroïdes, et une certaine analogie avec les carcinômes.

Mais d'un autre côté, tandis que *West* [1]) et après lui *Gusserow* [2]) accusent une fécondité exagérée de prédisposer au cancer de l'utérus (455 femmes atteintes ont donné le jour à 2365 enfants, ce qui fait une moyenne assez élevée de 5,19 sans compter les naissances avant terme), nous sommes frappés en parcourant nos tabelles du nombre relativement considérable de patientes indiquées commes vieilles filles ou n'ayant jamais conçu: 22 cas sur 50. Quant aux autres le nombre des naissances se partage ainsi:

5	mal.	ont	accouché	1	fois
8	„	„	„	2	„
4	„	„	„	3	„
3	„	„	„	5	„
2	„	„	„	6	„

[1]) Loc. cit. p. 431.
[2]) Loc. cit. p. 10.

1 mal. a accouché 7 fois

1 „ „ „ 8 fois, dont 3 accouchements prématurés; 4 sont données simplement comme multipares.

En outre pour la grande majorité la dernière grossesse remonte à plusieurs années en arrière.

S'il est permis de tirer une conclusion de cette coïncidence, nous dirons avec *Virchow*[1]) qu'une inaction prolongée des organes génitaux féminins paraît disposer au développement du néoplasme sarcomateux.

Nous pourrions encore invoquer comme circonstances étiologiques les anomalies de la menstruation fréquemment citées dans les histoires de malades, telles que aménorrhées, ménorrhagies, tout comme aussi des catarrhes de diverse nature. Mais nos données sur ces irrégularités antérieures sont trop vagues pour permettre de décider sainement s'il faut les envisager comme causes ou effets. Elles trahissent dans tous les cas une diminution de résistance dans l'utérus, une préparation de longue main à des changements importants de sa structure intime.

Déjà plus utilisables au point de vue pathogénique sont les affections utérines datant de couches. *L. Mayer*[2]) rapporte un cas où une fausse-couche et une violente métrite précédèrent de peu de temps le développement d'un sarcôme dans la matrice. Dans le cas III de *Hegar* nous avons deux accouchements avant terme coup sur coup deux ans avant l'apparition de la tumeur; dans le cas VI de *Hegar* une métropéritonite (5 ans auparavant) bientôt suivie des symptômes d'une affection plus grave; dans les cas I de *Spiegelberg* et I de *Fehling* également plusieurs fausses-couches à une époque, il est vrai, déjà plus reculée. Dans le cas de *Leopold*[3]) enfin nous voyons trois accouchements prématurés,

---

[1]) Onkologie Bd. III, S. 156.

[2]) Mon. f. Geb. Bd. XVII, S. 186.

[3]) Loc. cit.

les deux derniers avec adhérences étendues du placenta, qui nécessitèrent un décollement artificiel très pénible. *Leopold* se croit autorisé à voir dans les processus inflammatoires résultant de cette anomalie une cause de développement du sarcôme.

Billroth ne dit-il pas dans sa *Chirurgie générale* (p. 692) que souvent une excitation locale est la cause la plus probable de la production d'un sarcôme sur la peau, que fréquemment on le voit naître d'une cicatrice. Il y aurait peut-être par analogie un intéressant rapport à trouver entre le siége des sarcômes de l'utérus et le lieu d'insertion du placenta. Nous regrettons de ne pouvoir faute de matériaux entreprendre cette recherche.

Les déplacements de la matrice tant en arrière qu'en avant ne sont peut-être pas non plus sans importance sous ce rapport, eu égard aux processus chroniques qu'ils entretiennent dans l'organe. Nous en voyons cités dans 8 cas, concernant tous des malades ayant eu plusieurs enfants, en sorte qu'ici encore l'accouchement paraît être en rapport indirect avec l'affection qui nous occupe. D'un autre côté on pourrait au contraire considérer les déviations en question comme une conséquence de la maladie, la perte de *tonus* des parois utérines infiltrées et le poids du néoplasme pouvant suffire à les produire.

Enfin dans un cas isolé (*West I*) la patiente attribuait son mal à un violent coup reçu dans la région sacrée, les premiers symptômes ayant suivi de près cet accident.

Ne quittons pas la question de l'étiologie sans relever encore la fréquence relativement considérable du sarcôme à Zurich comparativement à d'autres contrées.

En Thuringe, son cercle d'activité précédent, M. le prof. *Frankenhaeuser* n'a observé qu'un seul cas, tandis qu'ici en moins de 4 ans il en a eu déjà 12 en traitement. Si l'on remarque d'un autre côté que les fibroïdes de l'utérus comptent

ici parmi les maladies des femmes les plus fréquentes, on pourrait penser à des causes communes de développement de ces deux néoplasmes. Mais ce ne sont que des suppositions, et pour le moment nous ne sommes pas en état d'éclaircir la question.

En fait d'hérédité les données manquent complétement.

Symptômes et marche.

Des *anomalies de la menstruation* constituent d'ordinaire les premiers symptômes. Les périodes menstruelles deviennent irrégulières, se rapprochent, se prolongent, en même temps que l'évacuation sanguine devient plus copieuse. Dans les intervalles toujours *fluor albus* ou bien simplement abondant écoulement séreux, sanguinolent, souvent même pendant bien longtemps[1]. Sans odeur bien marquée au commencement de la maladie, il devient purulent, fétide et plus coloré sitôt que la tumeur tend à la mortification.

Bientôt les intervalles deviennent de plus en plus courts; les ménorrhagies dégénèrent en *métrorrhagies* irrégulières, fréquentes, souvent directement inquiétantes, qui réagissent sur la santé générale et jettent les malades dans un état d'anémie profonde.

Au fond ce symptôme n'a pas une grande valeur pathognostique pendant les années d'activité sexuelle, en ce sens qu'on peut alors considérer ces hémorrhagies comme une simple exagération du phénomène physiologique en durée et en intensité, ce qu'on retrouve d'ailleurs dans tous les processus inflammatoires intenses de l'utérus. Leur présence constante dans les cas où la ménopause était déjà survenue est plus concluante; or dans les cas assez nombreux de cette catégorie que nous connaissons, l'affection a toujours débuté par des hémorrhagies profuses.

La fréquence des métrorrhagies est sensiblement la même qu'il s'agisse d'un sarcôme de la muqueuse ou d'un sarcôme interstitiel. Dans la forme ulcérative de véritables hémorrha-

---

[1]) Hardy I; Gusserow I, II; Chrobak I.

gies sont l'exception, il n'y a qu'un écoulement sanieux, sanguinolent modéré.

La cause de ces pertes sanguines nous devons la chercher comme pour les fibroïdes dans l'état anormal de la muqueuse utérine, du moins pendant les premières phases de la maladie. *Duncan*[1]) en donne l'explication suivante:

1° La tumeur constitue un agent d'excitation important; elle occasionne de fortes congestions dans l'organe, et par la pression qu'elle exerce sur les parois utérines devient une cause de stase. Il s'en produit en outre inévitablement une partielle dans sa partie inférieure lorsqu'elle s'engage dans l'orifice interne, la pression régulière des parois faisant défaut à cet endroit.

2° En suite de la dilatation de la cavité utérine la surface muqueuse, ou ce qui revient au même la surface saignante lors des époques menstruelles se trouve agrandie, et les contractions que la tumeur excite deviennent une cause d'hémorrhagie en tiraillant la muqueuse.

3° Enfin la tumeur distend la muqueuse; par là même les vaisseaux qui s'y ramifient, en particulier les veines, sont dilatés, en même temps que leurs parois deviennent plus minces, plus fragiles.

Toutes ces conditions mécaniques rendent bien compte des hémorrhagies qu'on observe dans les commencements. Leur explication dans les périodes ultérieures de la maladie est aussi simple; il suffit de penser d'un côté à la richesse connue du néoplasme en vaisseaux, de l'autre à son ulcération, à sa mortification possibles.

L'écoulement vaginal, phénomène encore plus constant que les hémorrhagies, reconnaît les mêmes causes. On comprendra facilement qu'il soit en général plus abondant dans les cas de sarcôme encéphaloïde, puisque cette forme se fait justement remarquer par sa plus forte tendance à la destruction moléculaire.

Dans un seul de nos 65 cas il manque[2]), sans doute à

---

[1]) Edinburgh medic. Journal, Jan. and Febr. 1867, P. 630.

[2]) Leopold I.

cause du développement extraordinairement rapide de la tumeur. C'était en outre un sarcôme fasciculé.

Quoique dans de rares occasions il revête le caractère franchement ichoreux des écoulements dans les affections cancéreuses, il n'en a jamais l'odeur si pénétrante et si repoussante. Mais cette distinction ne servira guère pour le diagnostic, car nous ne pouvons supposer à tout praticien un odorat aussi développé que celui du grand *Dupuytren*, qui prétendait diagnostiquer un cancer de l'utérus par l'odorat seul, sur une femme passant à côté de lui dans la rue.

Gusserow compte aussi les *douleurs* parmi les symptômes initiaux et constants; il attache une grande importance à ce point à propos du diagnostic différentiel d'avec le cancer de l'utérus, puisque dans ce dernier, comme on l'a généralement reconnu, l'apparition des douleurs tombe sur une période assez tardive de la maladie, coïncidant volontiers avec son extension sur les organes voisins.

Hegar déjà a attaqué cette assertion; à notre tour, nous fondant sur un total double d'observations, nous ne pouvons la confirmer.

20 patientes en effet sur 50 n'ont déclaré aucune souffrance durant tout le cours de la maladie ou seulement vers la fin. Parmi les 30 autres quelques-unes ne se plaignaient que de douleurs lancinantes s'irradiant jusque dans le dos et dans les reins; d'autres de douleurs vagues du côté de l'abdomen et de pesanteur à l'hypogastre; d'autres encore de véritables coliques utérines résultant probablement de la rétention dans l'utérus du sang et des produits de décomposition, quand engagée dans l'orifice interne, la tumeur en gêne l'évacuation.

Le reste enfin ressentit de vraies douleurs d'enfantement, dues aux contractions que sollicitent dans les fibres utérines les tumeurs, lorsqu'elles tendent à franchir les orifices pour passer de la cavité utérine dans le vagin. L'expulsion de tout ou partie de la tumeur a suivi dans 6 cas.

Ainsi donc le phénomène douleur ne manque d'ordinaire pas;

mais il n'atteint que bien rarement l'intensité qu'il a presque toujours dans le cancer du col. C'est le cas par exemple lorsque la tumeur ayant acquis des dimensions peu communes exerce une forte compression sur les nerfs du bassin; nous observons alors une série d'autres symptômes dont il sera fait mention tout-à-l'heure.

Si au contraire nous avons devant nous un cas d'infiltration diffuse de la muqueuse, on peut admettre pour cause des douleurs l'irritation des terminaisons nerveuses dans le parenchyme utérin par l'agglomération de cellules.

Enfin l'inflammation secondaire du péritoine peut en être la source, et ce n'est pas la moins fréquente; nous verrons en effet nombre de malades succomber à cette complication amenée soit par la perforation dans l'abdomen de la tumeur ramollie, soit par l'intervention chirurgicale, soit par le simple fait d'un processus morbide dans le voisinage.

Connaissant les dimensions qu'atteignent parfois les sarcômes de l'utérus, surtout les formes mixtes, ne nous étonnons pas de rencontrer en outre ici et là une série de *symptômes de voisinage* communs à toutes les tumeurs volumineuses de la matrice et de ses annexes. Dans le nombre citons la constipation opiniâtre [1]), l'iléus même dans un cas [2]) où l'infiltration ayant gagné la paroi antérieure du rectum avait produit une stricture invincible; puis le ténesme vésical [3]), la rétention d'urine avec ses conséquences, l'hydronéphrose et même l'urémie par compression des urétères; l'ascite, l'albuminurie [4]), l'oedème des extrémités inférieures [5]) et des parties génitales externes par compression ou oblitération des troncs veineux.

Ensuite de la résorption de produits septiques nous avons quelquefois le tableau clinique complet de la pyémie [6]).

---

[1]) Müller I, Spiegelberg V, Ahlfeld II, Prof. Frankenhæuser XI.

[2]) L. Mayer.

[3]) Müller; Spiegelberg V, VI; Prof. Frankenhæuser XII.

[4]) Hegar III, Prof. Frankenhæuser V.

[5]) Rabl-Rückhard, Spiegelberg IV.

[6]) Hegar VI, Chrobak II, Prof. Frankenhæuser III.

Les métastases aussi produisent leurs symptômes, ainsi dyspnée dans le cas I de *West* (voir plus loin), parèse, insensibilité des extrémités droites et incontinence d'urine par suite de la compression de la moëlle par une tumeur secondaire; dans le cas VII de *Spiegelberg* thrombose étendue de la veine saphène gauche avec tous les signes de la *phlegmasia alba dolens.*

Enfin ici comme dans les diverses affections dans la sphère génitale de la femme nous observons toute la kyrielle des phénomènes consensuels ou sympathiques: troubles digestifs, cardialgie, anorexie, tympanie, migraines, sans oublier le globus et autres manifestations hystériques.

Abordons maintenant l'étude des *symptômes objectifs* du sarcôme de l'utérus, tels qu'ils nous sont fournis par la palpation, l'exploration vaginale et rectale, le cathétérisme utérin et l'examen au speculum. La variété est grande, ainsi que nous pouvions l'attendre d'après la diversité des caractères anatomiques.

La palpation jointe à la percussion révèle quelquefois [1]) la présence d'une tumeur qui s'élève du bassin et distend plus ou moins les téguments abdominaux. Ses dimensions peuvent égaler et même dépasser de beaucoup celles d'une tête de fœtus. On a alors le plus souvent affaire à un fibro-sarcôme. La tumeur offre ordinairement une surface bosselée, une résistance moyenne, et si elle a subi un ramollissement central de la fluctuation, si bien que dans notre observation V, que l'on trouvera exposée tout au long dans nos histoires de malades, le diagnostic resta indécis entre une tumeur fibro-cystique et un kyste multiloculaire de l'ovaire adhérant largement à l'utérus.

Les parties génitales externes sont fréquemment excoriées et enflammées par les écoulements continuels; pour la même

---

[1]) West I; Virchow I, II; Gusserow I; Hegar VI; Schrœder II; Fehling I; Prof. Frankenhæuser V.

raison le vagin est d'ordinaire le siége d'un catarrhe, ou bien il est également infiltré, ce qui rend ses parois moins souples, plus rigides, plus irrégulières.

Dans quelques cas le doigt explorateur y rencontre déjà les masses molles issues de la cavité utérine.

Le *fornix* est quelquefois libre, ou bien on y palpe l'utérus rétrofléchi ou les tumeurs en question. Dans les cas de *Müller* et de *Mayer* par exemple une tumeur énorme issue de la paroi postérieure remplissait toute l'excavation pelvienne et faisait saillie dans le vagin en effaçant le *fornix*.

On constate dans la grande majorité des cas l'intégrité de la portion vaginale; les lèvres sont unies, molles, tout au plus excoriées par le catarrhe consécutif. Mais, nous l'avons dit, le col peut être le siége primaire du néoplasme ou la dégénérescence sarcomateuse s'étend quelquefois à lui [1]). Si une lèvre a été épargnée, on la sent comme un mince bourrelet embrassant l'autre, dans laquelle se développe la tumeur. Sont-elles au contraire toutes deux attaquées, alors il n'y a plus de caractéristique que la consistance flasque. Ce sont les cas que l'on a confondus si longtemps avec le *carcinoma colli*, en partant de la fausse idée que le sarcôme ne se développe que dans le corps et le cancer exclusivement dans le col.

Dans la forme ulcérative la cavité du col est agrandie; ses parois s'amincissent progressivement et le museau de tanche est pour ainsi dire ectropionné.

L'orifice externe est presque toujours assez ouvert ou du moins assez dilatable pour permettre au doigt de s'y introduire; il livre souvent passage en se retirant sur elles aux tumeurs de forme et consistance déjà amplement décrites, qui par leur accroissement progressif ont amené la dilatation et l'effacement du col. En les étranglant il fait croire à des tumeurs pédiculées; mais si le doigt remonte le long de ce soi-

---

[1]) Veit III; Spiegelberg VII; Leopold, Grenser, Prof. Frankenhæuser IV, VII.

disant pédicule, il découvre facilement la large insertion à la paroi postérieure du corps ou au *fundus*. Cette exploration très rarement douloureuse ne se fait pas sans quelque hémorrhagie et le doigt ramène ordinairement des débris de la tumeur.

Si l'orifice est fermé, on a recours aux tiges de *laminaria digitata* ou aux cônes d'éponge préparée; le doigt pénétrant alors dans le *cavum uteri* trouve également les végétations bien connues de l'orifice au fundus, le long de la paroi postérieure, plus rarement sur toute la surface interne, ou bien des tumeurs intramurales moins nettement circonscrites et plus résistantes.

L'exploration combinée soit par le vagin soit par le rectum confirme les résultats déjà acquis; elle accuse en outre habituellement une hypertrophie de degré variable de l'utérus, sauf dans la variété ulcérative qui amène au contraire un amincissement des parois. Au moyen de la sonde on constate de même un allongement de la cavité utérine; elle peut mesurer jusqu'à 12 centimètres.

La forme de l'utérus varie naturellement selon la direction d'accroissement des tumeurs; elle est le plus altérée alors que les sarcômes perforent les parois et se développent dans la cavité péritonéale.

L'utérus conserve longtemps sa mobilité; mais plus tard celle-ci se trouve limitée par la grandeur et le poids du néoplasme, par sa propagation aux organes voisins, par des adhérences en suite de paramétrites et de péritonites partielles.

A l'autopsie on trouve souvent en pareil cas tous les organes du bassin agglutinés, enchevêtrés à ne plus s'y reconnaître et l'utérus lui-même dégénéré comme scellé dans la néoformation. D'autres fois, nous l'avons déjà dit, il est déplacé, disloqué, même interverti.

La *marche* de la maladie dépend du mode d'accroissement des tumeurs, de leur généralisation et de leur récidivité.

Quant au 1er point, l'*extension* de la tumeur primitive a lieu : [1])

a) aux dépens de ses propres éléments, par la prolifération ininterrompue des cellules. Le néoplasme s'élève rapidement au-dessus de la surface.

b) par envahissement continu, par infiltration diffuse des tissus voisins : à la partie périphérique de la tumeur on trouve des masses de tissu embryonnaire en voie de formation aux dépens des éléments normaux des tissus.

c) par envahissement discontinu : au pourtour de la tumeur principale, isolées de celle-ci se développent des masses morbides sous forme de nodosités, qui par la suite se relient au foyer central.

C'est ainsi que nous observons fréquemment la propagation de la dégénérescence d'abord à toute la surface interne de l'utérus, puis au col (2 fois), au vagin (5 fois), à toutes les couches de la paroi utérine progressivement (Ahlfeld I), voire même à la paroi antérieure du gros intestin avec stricture consécutive et iléus (L. Mayer I).

La *généralisation* par contre, c'est-à-dire la formation au loin de tumeurs de même nature que la tumeur primitive, est un fait rare : *Virchow* [2]) déclare ne l'avoir jamais observée.

L'infection de l'organisme se produit, ainsi que l'a démontré *Billroth* [3]), par la voie des veines; de là son apparition toujours tardive. Dans le cancer au contraire l'engorgement ganglionnaire se montre de bonne heure grâces à la communication sûrement constatée des alvéoles avec les lymphatiques de la tumeur et du voisinage.

Dans 5 cas [4]) nous trouvons l'infection limitée aux glandes inguinales, mésentériques et rétropéritonéales, tandis que

---

[1]) *Cornil et Ranvier*, Manuel d'histologie pathologique. Tome I, p. 141.

[2]) Onkologie. Bd. II, S. 350.

[3]) Allgem. chir. Pathol. u. Ther. S. 694.

[4]) C. Mayer I; Ahlfeld; Chrobak I, II; Spiegelberg I.

dans 5 autres [1]) qu'il ne sera peut-être pas sans intérêt de détailler un peu elle s'est étendue aux organes internes avec un caractère embolique bien marqué. A l'autopsie d'une de ses malades (n° I), qui pendant la vie avait présenté une parèse des extrémités avec perte de la sensibilité, et de la dyspnée dont l'examen physique ne rendait aucun compte, *West* trouva une dégénérescence sarcomateuse du corps de la 6e vertèbre cervicale et une quantité de foyers métastatiques dans les poumons. Dans le cas de *Schroeder* également nombreuses masses secondaires dans les deux poumons, dans celui de *Müller* plusieurs noyaux sarcomateux dans le foie; dans notre obs. VI outre un foyer embolique dans le lobe supérieur du poumon droit, thrombose de l'artère thyroïde inférieure gauche et suppuration consécutive de la moitié correspondante de la glande. Enfin dans le cas de *Spiegelberg* l'autopsie révéla dans la cavité thoracique la présence d'une tumeur grosse comme un œuf, développée dans le tissu conjonctif souspleural, en rapports avec la colonne vertébrale et les 7e, 8e et 9e côtes, et qui à l'examen microscopique fut reconnue pour un sarcôme encéphaloïde.

En voilà assez sur la généralisation des sarcômes; passons au 3e point, à leur *récidivité.*

C'est là un caractère essentiel des sarcômes de l'utérus. Si la tumeur a été expulsée par les forces de la nature ou si l'art est intervenu pour en débarrasser les malades, on peut avec toute probabilité attendre une récidive.

Sur 50 opérées en effet:

6 sont mortes peu après,
9 ont échappé à l'observation ultérieure,
3 ont été selon toute apparence radicalement guéries,
et 32 ont offert des récidives successives plus ou moins nombreuses.

L'intervalle dans lequel la 1re récidive s'est présentée a varié

---

[1]) West I, Schrœder I, Müller I, Spiegelberg VII, Prof. Frankenhæuser VI.

de quelques jours à trois ans. En décomptant nos 32 cas nous la voyons survenir:

dans 8 cas très peu de temps après l'opération;

dans 12 cas dans l'intervalle de 6 mois;

dans 10 cas dans l'espace d'un an, et dans 2 cas après plus d'une année.

Les récidives subséquentes apparaissent encore plus rapidement; l'intervention chirurgicale paraîtrait donc exciter une production de cellules encore plus active.

Le néoplasme secondaire, *dans tous les cas un sarcôme encéphaloïde*, occupe ordinairement la même place que le primaire, ce qui nous autorise à considérer toute récidive comme la conséquence d'une opération incomplète. L'extirpation radicale d'un sarcôme de l'utérus, surtout de la forme pultacée, est chose impossible; toute l'habilité de l'opérateur ne saurait suppléer à l'avantage incomparable qu'il y a à voir ce qu'on fait.

En outre l'infiltration se propage soit en largeur soit en profondeur.

Dans les cas où la récidive se montre à quelque distance du siége de la tumeur primitive il faut admettre une inoculation de particules du néoplasme pendant l'opération. *Spiegelberg* rapporte un cas (1) où il se forma une tumeur secondaire à l'endroit du col où il avait planté un crochet à l'effet d'attirer l'utérus pour faciliter l'ablation. Notre obs. II en est un autre exemple.

La marche est ainsi assez rapide. Après chaque opération les malades se rétablissent plus ou moins promptement, reprennent quelquefois de l'embonpoint et des couleurs, jouissent pendant quelques mois, souvent même pendant plus longtemps, d'un bien-être relatif, jusqu'à ce que de nouvelles hémorrhagies les ramènent à l'hôpital.

La santé générale finit par se ressentir de ces attaques multiples; il se développe à la longue une anémie profonde, une cachexie véritable, quoique moins caractéristique que dans

les affections cancéreuses. Dans quelques cas par contre [1]) l'état général demeure contre toute attente longtemps excellent.

La *terminaison* la plus fréquente est la mort. Le marasme, la péritonite, la pyémie en sont les causes déterminantes.

De nos 65 malades 40 ont succombé, la plupart (26) moins d'un an après le 1er examen; d'autres par contre ont été suivies durant 3 et 4 ans, celle de *West* même pendant 6 ans.

Lebert, *Winkel* et *Grenser* [2]) rapportent chacun un cas de tumeur du col où l'opération doit avoir eu un plein succès, du moins après 3 ans l'état de santé de leurs clientes était des plus satisfaisants, aucune récidive ne s'était produite et tout portait à croire à une guérison radicale. Il s'agissait dans les cas de *Lebert* et de *Grenser* de sarcômes fasciculés purs, dans celui de *Winkel* d'un myo-sarcôme.

Le sort des 22 autres malades est inconnu. Mais pour plusieurs il n'est pas douteux, les derniers renseignements reçus sur leur état étant peu favorables. Après une période de répit la cachexie avait plutôt augmenté; de nouvelles hémorrhagies et un écoulement persistant annonçaient une nouvelle et grave rechûte.

Impossible de rien dire de précis sur la *durée* totale de la maladie, c'est-à-dire de l'apparition des premiers symptômes à l'exitus. Les renseignements fournis par les malades sont trop vagues; en gros on peut cependant indiquer une durée moyenne de 3 ans, les limites extrêmes étant 4 mois [3]) et 10 ans [4]).

---

[1]) Gusserow II, Winkel II, Schrœder, Prof. Frankenhæuser I.

[2]) Loc. cit.

[3]) Prof. Frankenhæuser XII.

[4]) Hegar IV.

Diagnostic.

Le diagnostic des sarcômes de l'utérus est la plupart du temps facile.

La forme lobée des tumeurs, leur consistance pâteuse, les écoulements sanguinolents ou leucorrhéiques non fétides, les hémorrhagies survenant dès les commencements, l'intégrité de la portion vaginale ou si elle est attaquée sa consistance également molle, voilà autant de caractères distinctifs des sarcômes de l'utérus. Pris chacun à part ils ne leur appartiennent pas en propre sans doute; mais leur réunion constitue un tableau clinique assez différent de celui qu'offrent soit les fibroïdes, soit le cancer du col, les deux affections le plus souvent confondues avec le sarcôme.

Néanmoins les choses ne sont pas toujours aussi claires; le diagnostic offre parfois de sérieuses difficultés. Nous allons passer en revue les affections qui peuvent prêter à une confusion, en séparant pour plus de clarté les deux formes générales de sarcômes.

Le *sarcôme de la muqueuse* peut être confondu :

1° avec le *cancer du col.* Nous croirons à un sarcôme en opposition à un carcinôme toutes les fois que nous observerons :

a) un écoulement fade, plutôt séreux, contenant des débris de tumeur ;

b) des hémorrhagies survenant de bonne heure ;

c) l'absence de douleurs ou du moins des souffrances peu vives ;

d) la portion vaginale intacte ou bien infiltrée, mais également molle;

e) l'utérus longtemps mobile;

f) de l'anémie pure et non de la cachexie caractérisée par un teint jaune paille;

g) enfin une marche pas trop rapide. Il est rare en effet que des malades affectées de cancer ulcéré, c'est-à-dire d'un cancer qui cause déjà des hémorrhagies, passent l'année. *Gusserow* donne 1—1 1/2 an pour durée moyenne de la maladie à dater de l'apparition des premiers symptômes.

Encore une fois, si l'on touche avec le doigt des végétations flasques à base non indurée le diagnostic est assuré.

Le diagnostic différentiel d'avec le *Carcinôme du corps* de l'utérus s'appuie en somme sur les mêmes données: la consistance et l'examen microscopique des débris le faciliteront. En outre le cancer du corps est extrêmement rare; d'après une statistique récente[1]) embrassant 686 cas il ne se serait présenté que 13 fois, soit 2 % à peine.

2° Avec de simples *végétations hyperplastiques* de la muqueuse *(Endometritis fungosa).*

Quoique récidivant sur place, cette production morbide est essentiellement bénigne; l'état général des malades reste excellent, il n'y a pas tendance à l'ulcération, encore moins à la perforation des parois utérines. Le processus reste absolument superficiel; enfin on ne trouve jamais le vagin envahi par des tumeurs volumineuses[2]).

3° Avec une *prolifération des glandes utriculaires.*

Dans ces trois cas le microscope décide en dernier ressort; il est toujours facile de détacher de la tumeur avec le doigt ou avec une pince à polypes quelques particules dans lesquelles on reconnaîtra des éléments sarcomateux, ou bien les cellules caractéristiques des productions épithéliales, ou encore tous les

---

[1]) Schrœder, loc. cit. S. 279.

[2]) Olshausen, Arch. f. Gyn. Bd. VIII, S. 113.

éléments constitutifs de la muqueuse: fibres musculaires, vaisseaux, follicules, glandes, etc.

Le microscope de même tranchera la question, lorsque le diagnostic flottera entre l'ulcération sarcomateuse et d'autres formes d'ulcération de la portion vaginale, *l'ulcus phagadenicum*, par exemple.

Les *érosions papillaires* sont plus faciles à distinguer. D'abord elles sont et restent superficielles; ensuite l'aspect qu'offrent les papilles dénudées d'épithélium et saignantes est bien caractéristique: sur un fond rouge on a un piqueté plus foncé et très régulier.

Le *sarcôme interstitiel* de son côté peut être confondu avec mainte tumeur dans la sphère des organes génitaux.

Les affections qui entrent principalement ici en considération sont les fibroïdes, les tumeurs dites fibro-cystiques, l'hématome péri-utérin, l'hématocèle, les exsudats paramétritiques et les kystes de l'ovaire.

La consistance est de nouveau le grand point de distinction entre les sarcômes interstitiels et les *fibroïdes*. Nous le répétons une dernière fois, elle est chez les premiers pâteuse, molle même jusqu'à la fluctuation. Ici aussi on pourra examiner au microscope des fragments de la tumeur; mais quelquefois celle-ci possède une enveloppe trop résistante pour qu'il soit possible de l'entamer et cette preuve irrécusable nous fait défaut.

Alors le développement plus rapide, les limites peu franches lu néoplasme pourront seules fixer notre opinion. Un dernier oint de distinction qui n'est pas sans valeur: l'ascite est ne complication excessivement rare des fibroïdes, tandis qu'elle ccompagne très ordinairement les tumeurs malignes.

La marche de la maladie sera de même concluante en cas indécision entre un sarcôme et une *tumeur fibro-cystique*. lles-ci, nous dit M. le Dr. *Heer*[1]) dans son remarquable

---

[1]) Ueber Fibrocysten des Uterus. — Diss. in. Zurich. 1874.

travail, se développent d'abord lentement sans symptômes bien frappants, restent souvent plusieurs années stationnaires pour s'accroître tout d'un coup très vite. Tout autre est la marche d'un sarcôme; à un développement rapide correspond une prompte déperdition des forces. Une ponction exploratrice livre dans chaque cas un résultat bien différent: d'une tumeur sarcomateuse ramollie on obtient par ce moyen des masses encéphaloïdes où l'on découvre au microscope les éléments cellulaires bien connus, tandis que le contenu d'une tumeur fibro-cystique est d'ordinaire un liquide brunâtre de constitution toute différente (pour plus de détails voir le travail cité, p. 55).

Une confusion est encore possible avec un *hématome péri-utérin* si le sarcôme siége à la paroi postérieure et se développe dans l'espace de Douglas à droite et à gauche de l'utérus en refoulant ce dernier contre la symphyse. Mais, ainsi que le fait remarquer M. le Dr. *Kuhn* dans sa monographie [1]), le début d'un pareil épanchement sanguin est brusque, la douleur est vive, soudaine; on peut parler d'un véritable accès. L'affection d'ailleurs se rattache à une période menstruelle; il y a bien anémie, mais anémie subite. Enfin la tumeur, qui se développe rapidement dans les ligaments larges, devient avec le temps plus résistante, et plus tard encore par résorption lente du sang épanché disparaît sans presque laisser de trace.

Cette marche est trop caractéristique pour que l'indécision créée par l'examen objectif persiste longtemps.

Un développement prompt et la coïncidence avec l'époque de la menstruation sont de même les caractères distinctifs principaux de l'*hématocèle.* La tumeur arrondie et élastique, très sensible au toucher, que l'on palpe pendant les premiers jours dans le fornix postérieur, disparaît si l'on fait prendre à la malade la position à genoux. Bientôt le sang répandu dans l'espace de Douglas se coagule, les éléments liquides sont

---

[1]) Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder. Diss. in. Zürich 1874.

résorbés, et la tumeur devient dure tout en diminuant de volume.

Entre un sarcôme et un *exsudat paramétritique* (phlegmon péri-utérin) enfin nous constatons aussi des différences importantes. Un sarcôme se développe assez lentement; une paramétrite au contraire, est un accident aigu, compliquant la plupart du temps le puerperium. A moins de complication avec une péritonite, ou de suppuration de la tumeur il n'y a pour un sarcôme ni frisson, ni fièvre; de l'autre côté on connaît bien la marche typique de la température dans la paramétrite.

Un exsudat paramétritique est d'emblée très résistant, par la suppuration seulement il devient mou; sa forme est irrégulière, ses rapports avec l'utérus tout particuliers, presque constants. De plus la tumeur est extrêmement sensible au toucher.

En somme si les signes physiques peuvent quelquefois faire hésiter l'homme de l'art entre un sarcôme et l'une des 3 affections dont nous venons de parler, l'ensemble de la maladie et principalement l'étude minutieuse des commémoratifs fixeront finalement son opinion. — Enfin l'expérience nous apprend qu'on peut avoir à faire le diagnostic différentiel d'avec un *kyste de l'ovaire* (obs. V.).

Pronostic et thérapie.

Le *pronostic* du sarcôme de l'utérus ressort de ce que nous avons dit sur la durée; il est défavorable sans aucun doute, mais décidément meilleur que celui du cancer.

Sans parler des 3 cas de guérison radicale que nous avons rapportés, plusieurs malades ont joui pendant des années d'un état de santé assez satisfaisant. Celle qui fait l'objet de notre observation I, ainsi que celle de Gusserow II par exemple n'avaient réellement de leur affection pour tout désagrément qu'à se présenter de temps en temps à la consultation policlinique pour faire opérer leur récidive.

Dans beaucoup d'autres cas plus graves un traitement énergique a procuré aux malades des périodes de calme variant de un à plusieurs mois.

Malgré tout la terminaison fatale est la mort, qui se fait rarement attendre plus de 2 à 3 ans.

Suivant la forme le pronostic varie quelque peu; il est meilleur pour le sarcôme fasciculé. La récidive est moins à craindre, l'envahissement du voisinage est moins rapide. Le sarcôme encéphaloïde au contraire se montre dans l'utérus comme ailleurs comme un néoplasme malin, repullulant sur place et se généralisant.

La *thérapie* est très simple. Il découle clairement de cette étude qu'il faut opérer aussi souvent et aussi largement que possible.

Si le col n'est pas suffisamment dilaté, on emploiera préalablement les tiges de laminaria ou les cônes d'éponge préparée. Inutile de vouloir attirer la tumeur avec des pinces

ou crochets; le tissu en est trop friable. C'est l'utérus lui-même s'il est mobile qu'il faut amener avec un crochet plus à portée des instruments. Maintenant suivant qu'on aura devant soi une tumeur circonscrite ou une infiltration diffuse de la muqueuse, on se sert, comme pour l'ablation des corps fibreux, du bistouri, de l'écraseur linéaire, de l'anse métallique galvano-caustique, de la ligature, etc., ou bien on râcle les végétations avec des ciseaux courbes fermés, avec la curette de *Simon* ou simplement avec l'ongle de l'index. On peut aussi au moyen d'une pince à polypes extirper la tumeur morceau après morceau.

Qu'on prenne garde dans ce râclage de ne pas percer les parois utérines; la meilleur précaution à prendre pour prévenir ce déplorable accident est de circonscrire de l'autre main l'utérus extérieurement. Ainsi on contrôle sans cesse l'épaisseur de la couche sur laquelle on opère.

Pour arrêter l'hémorrhagie et détruire les derniers restes du néoplasme on emploie avec avantage immédiatement après l'ablation la perchlorure de fer, le cautère actuel, la pierre infernale, la potasse caustique. Tous ces moyens peuvent en outre être employés indépendamment de toute opération. M. le professeur *Frankenhæuser* a obtenu d'assez bons résultats avec l'acide chromique.

Les malades réagissent d'ordinaire très peu; cependant on a observé des péritonites partielles, des paramétrites, même la mort à la suite de l'opération.

Le résultat immédiat est presque toujours satisfaisant. On ne saurait donc que conseiller une intervention énergique, prompte et radicale, qui délivre les malades de leurs maux, sinon à jamais du moins pour quelques mois.

La forme ulcérative est plus rebelle. Malgré des cautérisations répétées et des applications longtemps continuées des caustiques les plus énergiques l'ulcère refuse le plus souvent de se cicatriser; il s'étend au contraire toujours plus loin et

plus profondément et tout le résultat du traitement se résume dans une réduction des hémorrhagies et des écoulements.

Pour être complets nous aurions peut-être encore à discuter la valeur de la laparotomie combinée avec l'hystérotomie dans les cas de tumeurs volumineuses s'étendant surtout du côté de l'abdomen, comme celle qui se trouve décrite au long dans nos histoires de malades. Mais en pareille occasion le diagnostic sera rarement porté en toute assurance sur un sarcôme; on hésitera entre un kyste de l'ovaire et une tumeur fibro-cystique; aussi les conditions requises pour opérer seront-elles les mêmes que lorsqu'il s'agit d'un de ces deux néoplasmes.

Toute opération est dangereuse lorsqu'il y a péritonite, quand l'utérus est adhérent, quand ses parois sont profondément infiltrées. Dans ces cas-là on s'en tiendra à un traitement symptomatique; par de fréquentes injections hémostatiques et astringentes, telles que liquor ferri sesquichl., ergotine, seigle ergoté, solutions de tannin, teinture d'iode, acide phénique, etc., on s'efforcera de restreindre les hémorrhagies et les écoulements.

En outre large emploi des désinfectants, propreté minutieuse, lavages fréquents des parties génitales externes. Opiacés intérieurement ou en injections hypodermiques, ou encore sous forme de suppositoires.

Enfin traitement de l'anémie, préparations ferrugineuses et autres, régime fortifiant.

Observations.

Obs. I. E. H. 34 ans. A eu 2 grossesses, la dernière il y a dix ans. Depuis mars 1873 métrorrhagies fréquentes, irrégulières, alternant avec *fluor*.

Le 15 avril elle se présente à la policlinique. On constate une rétroflexion de degré moyen; l'utérus hypertrophié est sensible. A la lèvre anterieure du museau de tanche on remarque de fortes végétations fongueuses, qui sont immédiatement détruites. Mais l'effet de cette cautérisation n'est que passager; la malade se représente à plusieurs reprises, se plaignant de règles profuses et de fréquentes pertes sanguines en dehors des époques. Comme tous les caustiques employés successivement restent sans effet la malade entre en Juin à l'hôpital pour y être traitée par le *ferrum candens*. Là-dessus l'ulcération, dont la nature n'est pas exactement déterminée, paraît entrer en voie de guérison; fin Juillet plus trace de végétations.

En Février 1874 la patiente reparaît avec les mêmes symptômes. Les végétations sont plus luxuriantes que jamais. De nouveau cautère actuel. L'ulcération a bonne façon; mais elle gagne du terrain en largeur et en profondeur, si bien que M. le Prof. *Frankenhæuser* pense à une espèce de *lupus*. Malgré des cautérisations énergiques et réitérées avec l'acide chromique, le nitrate de mercure, la créosote et avant tout avec le ferrum candens on ne peut obtenir sa cicatrisation. L'ulcère se creuse; la lèvre postérieure à son tour devient le siége d'une affection semblable et ainsi la cavité cervicale prend peu à peu des dimensions anormales. Les métrorrhagies continuent; le fluor albus est plus abondant. Vers la fin de l'année apparaissent pour la première fois des douleurs assez vives dans les reins; en outre la malade est passablement anémique. Toujours point de diagnostic positif, pas de preuves d'une affection spécifique.

Pendant l'année 1875 la patiente se présente régulièrement à la policlinique. Malgré des pertes continuelles et de fortes douleurs intermittentes elle n'a pas cessé un jour de vaquer à ses

occupations habituelles. L'examen au speculum explique la persistance des symptômes: l'ulcération n'a aucune tendance à se cicatriser, elle progresse au contraire toujours; les parois de la cavité cervicale s'amincissent sensiblement, la portion vaginale toujours de consistance normale est pour ainsi dire ectropionnée. Le traitement reste le même. Malgré tout l'état général de la patiente ne laisse rien à désirer.

En Août M. le Prof. Frankenhæuser excise toute la lèvre antérieure, vu les hémorrhagies violentes qui menacent directement la malade. Un examen microscopique du tissu dégénéré assure enfin le diagnostic: on y trouve les éléments typiques du *sarcôme;* les cellules fusiformes prédominent. Fin Octobre de nouvelles métrorrhagies ramènent la patiente à l'hôpital. La lèvre postérieure présente de nouveau les végétations ordinaires, on les excise et on cautérise pour la dixième fois avec le *ferrum candens.* Malheureusement à la suite de cette énergique intervention il se déclare une péritonite foudroyante qui emporte la malade en moins de 8 jours.

Autopsie. Pleurésie et péritonite générale.

Un nouvel examen microscopique, fait par M. le Prof. *Eberth,* confirme le résultat du précédent: il s'agit d'un *sarcôme fasciculé.*

Obs. II. E. H. 32 ans. A toujours joui d'une bonne santé. Très régulièrement réglée dès 13 ans, mariée à 19, jusqu'ici stérile. Depuis l'été 1872 ses règles sont plus fortes, reviennent plus fréquemment et durent plus longtemps; en Septembre le flux menstruel persista même une fois pendant 13 jours. Dans l'intervalle entre les périodes la malade perd continuellement un liquide sanguinolent et inodore. Cet écoulement l'a dans les derniers temps fort éprouvée. Pas de douleurs.

Status du 25 Mai. Deux doigts au-dessus de la symphyse on palpe une tumeur ronde, peu résistante, insensible. L'orifice ext. du col est dilaté, le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine agrandie. Il y rencontre largement insérée à la paroi antérieure une tumeur molle, friable, de la grosseur d'une pomme; les fragments qui s'en détachent sont examinés au microscope, ils renferment les cellules caractéristiques du *sarcôme médullaire.*

Le 28 la malade est opérée. L'orifice ext. n'étant plus perméable, M. le Prof. Frankenhäuser incise latéralement le cervix et énuclée facilement la tumeur. Liq. ferri sesq. Tampon.

29. Forte réaction fébrile; temp. jusqu'à 40.5, pouls fréquent. Envies de vomir, l'abdomen est sensible, l'écoulement un peu fétide. Injections de Kali hyperm.; Vessie de glace. Quinine.

2 Juin. La temp. a baissé; l'écoulement est moins abondant, il est plus séreux.

25. La malade a ses règles, très modérées. Elle va très bien.

2 Juillet. Avant de la laisser partir on l'examine: Ecoulement insignifiant; dans la cavité utérine on sent quelques rugosités. Badigeonnage au nitrate d'argent.

En Janvier 1874 la malade reparaît. Depuis le commencement de Novembre elle a des douleurs pendant les règles; celles-ci sont de nouveau plus copieuses et plus fréquentes. L'utérus dépasse les pubis; à travers sa paroi on sent une tumeur moins résistante qu'un fibroïde, probablement une récidive. La portion vaginale est très en arrière, de l'orifice dilaté suinte un liquide rougeâtre.

Le 30. Opération. La tumeur occupe la partie supérieure de la cavité du col; elle a son point de départ dans la paroi antérieure. M. le Prof. Frankenhäuser l'extirpe sans peine avec le doigt: *Sarcoma medullare.*

La cavité utérine est libre. Teinture d'iode sur la plaie. Faible réaction.

Le 24 février la patiente quitte l'hôpital à peu près guérie; elle ressent encore des douleurs de temps en temps; l'écoulement séreux est presque nul.

Obs. III. R. B. 57 ans. Dès 17 ans menstruée régulièrement mais abondamment. A accouché une fois à l'âge de 23 ans. A 47 ans ménopause. Au printemps 1873 la malade remarque à plusieurs reprises un écoulement de mucosités sanguinolentes, qui par la suite devient séreux et plus abondant; en même temps douleurs gravatives dans les reins. — Le 15 Sept. copieuse métrorrhagie; dès lors fréquentes pertes sanguines à intervalles irréguliers.

Status (juin 1874). La malade est anémique au plus haut point. Tempér. fébrile. Utérus rétrofléchi, hypertrophié, mou; à l'orifice ext. apparaissent des masses spongieuses ulcérées, saignant facilement.

Diagnostic : *Sarcoma intra-uterinum.*

Pendant deux jours hautes tempér., vomissements, météorisme. La malade retourne chez elle pour y mourir, probablement de péritonite ou de pyémie.

Obs. IV. M. B. 42 ans. Mariée, sans enfants. Traitée en 1869 pour un exsudat pelvien. En bonne santé jusqu'en 1873 à part une légère leucorrhée; depuis lors ménorrhagies, puis métrorrhagies. Affaiblissement sensible.

Status (23. IV, 75). Anémie, œdème des extrémités inférieures. Dans le vagin le doigt rencontre une tumeur bosselée, peu résistante, de la grosseur d'un œuf. Elle paraît partir de la cavité cervicale.

Diagnostic: *Polype sarcomateux ou carcinomateux.* Ablation. Tamponnade; pas de réaction. Examen microscopique: *S. fasciculé.*

Obs. V. K. L. 37 ans. Célibataire. En 1872 douleurs dans l'hypocondre droit; depuis 1874 l'abdomen grossit visiblement, en Décembre on fait une ponction qui livre quelques litres d'un liquide jaunâtre; à quelques mois d'intervalle deux nouvelles ponctions. Depuis l'automne 1874 la menstruation est irrégulière; les règles sont tardives et copieuses.

Status (14. VI. 75). L'abdomen est ballonné; matité du son de percussion dans toute la région hypogastr., sur les fosses iliaques, et dans la ligne médiane jusqu'à l'ombilic; 88 c. de tour à la hauteur de ce dernier. En palpant on perçoit de la fluctuation, mais point de tumeur distincte. Le résultat de l'examen interne est nul; rapports normaux. La malade se plaint de douleurs dans la région iliaque droite et de faiblesse générale.

Diagn.: Tumeur abdominale (probablement de l'ovaire) avec ascite.

7 VII. L'abdomen augmente assez rapidement de volume, 93 c. M. le Prof. Frankenhäuser constate positivement la présence d'une tumeur à droite. Pour faciliter l'examen la malade est chloroformée. Alors on isole avec sûreté une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant. Elle est mobile; sa surface est très inégale, on y reconnaît des nodosites à côté de parties plus molles. Celles-ci paraissent crever sous la main. L'exploration bimanuelle révèle en dessous une autre tumeur qui fait saillie dans le fornix postérieur; c'est évidemment l'utérus rétrofléchi, il est hypertrophié. A sa partie supérieure il est uni à l'autre tumeur par un pédicule court et épais. La cavité utérine mesure $11^{1}/_{2}$ c. Enfin on découvre encore dans le cul-de-sac latéral une petite excroissance plus dure, probablement un fibroïde sous-péritonéal.

Le diagnostic reste indécis entre un *Kyste ovarique multiloculaire* adhérant largement à l'utérus et une *tumeur fibro-cystique.*

Réaction assez violente; péritonite locale, l'abdomen est un peu affaissé. Pourtour = 87 c.

27. La malade est depuis plusieurs jours sans fievre.

Opération. Incision de 10 c. sur la ligne blanche. Après la section du péritoine sur la sonde, il s'écoule une certaine quan-

tité de liquide sanguinolent. Dans l'ouverture abdominale se présente un kyste à paroi mince. Ponction; le liquide rouge sale qu'on obtient ne coagule pas. Le kyste s'insère par un large pédicule sur une tumeur ronde, tendre, grosse comme une tête de fœtus, qui est prise d'abord pour un second kyste et en conséquence ponctuée, mais sans résultat. Alors on reconnaît en elle l'utérus fortement hypertrophié par une tumeur interstitielle du *fundus*; on voit nettement la trompe et l'ovaire gauches s'y insérer. Néanmoins M. le Prof. Frankenhäuser croit toujours relativement au kyste avoir affaire à l'ovaire droit dégénéré et adhérent. Il se décide vu la dégénérescence de l'utérus lui-même à l'amputer à la hauteur du cervix 2 doigts au-dessus d'un large clamp. La tumeur ne tient plus que par quelques larges brides aux parois abdominales; elles sont soigneusement liées à double et séparées. On trouve alors dans l'espace de Douglas l'ovaire droit normal; on l'enlève, puis après avoir débarassé la cavité péritonéale de nombreux caillots de sang, provenant sans doute du dernier examen, on réunit la plaie externe par 10 sutures.

La tumeur principale est reconnue au microscope pour un *myôme* en voie de dégénérescence sarcomateuse. Le kyste s'est sans doute formé aux dépens d'une partie du néoplasme qui, ayant fait hernie à travers les fibres musculaires du fundus , se sera développée librement dans la cavité abdominale.

28 VII. Temp. 38.2, pouls 128, respiration assez fréquente.

29. id. Un peu de météorisme; le pédicule a bonne façon. Peu de douleurs ; la malade a un singultus fatigant; elle vomit 2 à 3 fois; pendant la nuit de nouveau.

30. 9 h. du matin. M. le Prof. Frankenhäuser retire quelques sutures et le clamp. L'abdomen est fortement ballonné.

1 h. du soir. Le singultus persiste, toujours tendance à vomir; sans cela la patiente ne se plaint de rien. Temp. 38°,3, pouls 128, resp. 30.

1 h. 15. Collapsus.

1 h. 30. Mort.

Autopsie. Oedème pulmonaire; péritonite. Dans l'espace de Douglas plusieurs onces de sérosité rougeâtre entremêlée de pus et de débris nécrotiques.

Obs. VI. (Juillet 1875) E. H. 40 ans. Une grossesse à 24 ans. Abondantes fl. blanches depuis plus d'un an; douleurs lancinantes dans les reins. En Janvier plusieurs fortes métrorrhagies, vraies tranchées utérines et expulsion de gros caillots sanguins.

Dès lors fréquentes pertes, en outre écoulement brunâtre assez abondant et fétide. Constipation.

Le 4 Août, avant qu'on ait pu l'examiner à fond, la malade meurt avec tous les symptômes de la pyémie.

Autopsie. Péritonite purulente; glandes sous-péritonéales infiltrées. Utérus hypertrophié; muqueuse par places profondément ulcérée, ailleurs couverte de végétations. La $^1/_2$ gauche de la thyroïde est transformée en un abcès, thrombose de l'artère thyroïde correspondante. Foyer métastique dans le lobe supérieur du poumon droit.

Obs. VII. F. S. 35 ans. Sans enfants. Réglée régulièrement dès 12 ans. Depuis un an fluor albus; en Août ménorrhagies, en Septembre pertes continuelles. Jamais de douleurs.

Status (10. X. 75). Anémie. A l'exploration interne la lèvre postérieure du museau de tanche apparaît comme une tumeur ronde de la grosseur d'une petite pomme, offrant des bosselures à la surface. La faible consistance, la forme lobée de cette tumeur parlent avec plus ou moins de certitude pour un *sarcôme.*

Par une incision conique M. le Prof. Frankenhäuser en fait l'ablation. Forte hémorrhagie, cautérisation; faible réaction.

A ces cas que nous avons pour la plupart eu l'occasion d'examiner et de suivre nous-mêmes, nous joignons les observations suivantes tirées de la pratique privée de M. le Prof. Frankenhäuser, qui nous les a libéralement communiquées.

Obs. VIII (Décembre 1865) Mme. E. B. 36 ans. Menstruée à 19 ans, mariée à 21 ans; multipare. En Décembre 1863 violentes douleurs dans l'abdomen, qui persistent pendant plusieurs semaines. Dès lors les règles durent 12—15 jours; elles ne sont pas douloureuses. Au printemps 1865 inquiétante métrorrhagie qui dure 2 jours; depuis cette époque continuel écoulement alternativement sanguin et leucorrhéique. Dans le courant de Décembre nouvelle ot copieuse métrorrhagie, qui engage la malade à me consulter. Elle est très anémique.

L'abdomen est assez sensible à la pression; entre l'ombilic et la symphyse je palpe une tumeur ronde, résistante, qu'un examen plus approfondi fait reconnaître pour l'utérus hypertrophié; il est mobile. La portion vaginale est volumineuse; l'orifice ext. parfaitement intact est béant. Dans la cavité cervicale dilatée le doigt rencontre une tumeur grosse comme un œuf, de consistance molle, à surface lobée. Elle s'insère sur toute la paroi postérieure, sa

limite supérieure n'est pas accessible. Avec le doigt seulement je parviens facilement à l'énucléer et je constate alors qu'elle s'étend encore plus haut le long de la paroi postérieure de la matrice. Après extirpation du tout cautérisation de la base avec la pâte de Vienne.

La tumeur, qui offre l'empreinte exacte des saillies de *l'arbor vitæ,* est examinée au microscope et reconnue pour un *sarcôme* essentiellement *fasciculé.*

Pendant 1 an la patiente doit s'être parfaitement portée, mais j'ai appris qu'elle avait par la suite succombé à une récidive.

Obs. IX (Mai 1873). M[me]. E. H. 37 ans. Depuis 2 ans les règles sont plus fréquentes, plus copieuses; ces derniers temps elles sont apparues tous les 15 jours, durant quelquefois plus d'une semaine. Après le flux menstruel *fluor.*

Utérus mobile, insensible; l'orifice ext. est ouvert, le doigt trouve à la paroi antérieure du cervix et poursuit au-delà de l'orifice interne une végétation proéminente, saignante, de la forme et consistance d'un cotylédon. Cette tumeur lobée se laisse facilement énucléer; cautérisation à l'acide chromique.

Encore ici *sarc. fasciculé.*

Obs. X (juillet 1873) M[me]. N. 52 ans. II- pare, Métrorrhagies irrégulières depuis un an. Anémie, œdèmes. Orifice ext. mou, dilaté. Cavite utérine agrandie; utérus mou, à sa paroi antérieure tumeur composée de 5—6 lobes. Enucléation ; badigeonnages répétés à l'acide phénique. Après 3 mois de répit récidive ; ablation, acide chromique. Peu après deux récidives, cette fois toute la muqueuse utérine est couverte de végétations. Violentes douleurs. Râclage complet. En Mars 1874 encore une récidive. Marâsme. Mort.

Obs. XI (Oct. 1873). M[me]. O. 39 ans. A conçu 7 fois ; souffre depuis longtemps de constipation opiniâtre, d'hémorrhoïdes. Depuis un an douleurs continuelles dans le dos ; *fluor*, par contre les règles plutôt plus faibles.

La matrice est mobile, molle, portion vaginale de même ; l'orifice ext. laisse pénétrer l'index. A l'aide du speculum je découvre une érosion nettement circonscrite qui s'étend jusque dans le cervix ; sauf une teinte jaunâtre bien accusée elle offre exactement l'aspect d'une érosion papillaire. A plusieurs reprises cautérisation avec divers agents, mais sans résultat. Au contraire l'ulcération s'étend, les lèvres du col s'amincissent, la cavité devient plus spacieuse, véritable éversion. Ecoulement brunâtre, gluant ; pas trace d'infiltration dans le voisinage. Alors je soupçonnai une

ulcération sarcomateuse et appliquai en conséquence le fer rouge. L'ulcération parut s'arrêter, la cicatrisation commença; mais moins d'un mois après récidive. Les douleurs reparaissent accompagnées cette fois d'hémorrhagies.

Obs. XII (Décembre 1873). Mlle. B. 56 ans. Ménopause à 48 ans. Depuis quelques semaines métrorrhagies; vives douleurs dans le dos, rétention d'urine; anémie.

Dans le cul-de-sac postérieur on palpe une tumeur deux fois grosse comme le poing; elle est très molle et offre même de la fluctuation qu'on perçoit aussi depuis la cavité du col, car la tumeur occupe la partie supra-vaginale de celui-ci. L'utérus immobile est comprimé contre la symphyse. Une incision à la partie supérieure de la cavité cervicale livre des masses encéphaloïdes dans lesquelles le microscope décèle la présence de nombreux éléments sarcomateux.

Exitus 15 jours après.

Obs. XIII (Juillet 1874). Mme. F. 44 ans. Deux grossesses, la dernière il y a 4 ans. Depuis 8 semaines la malade souffre de violentes coliques utérines. En outre à plusieurs reprises métrorrhagies copieuses. A l'examen objectif on ne trouve dans la matrice qu'une petite masse sarcomateuse insérée à la paroi antérieure. Ablation. Issue inconnue.

Table des matières.

PRAELECTIO INAUGURALIS.

Ueber eine neue Behandlungsmethode der puerperalen Uterusblutungen.

THESEN.

1. Das Uterussarkom ist meistens zu diagnosticiren.
2. Das Fruchtwasser stammt aus der Vene der Nabelschnur und deren Verzweigungen in der Placenta foetalis.
3. Die Anwendung von Eis bei den Lungenblutungen ist zu verwerfen.
4. Bei beginnender Keratitis interstitialis diffusa ist die Peritomie der Conjunctivalgefässe indicirt.
5. Die Urethrotomie ist dem Blasenstich stets vorzuziehen.